

RE: \_\_\_\_\_  
 Case Name  
 \_\_\_\_\_  
 Case Number  
 \_\_\_\_\_  
 Worker Number

## RESPONSABILIDADES DE GUARDIÁNES PÚBLICOS/CONSERVADORES O REPRESENTANTES DE LOS SOLICITANTES/BENEFICIARIOS

Ud. ha aceptado la responsabilidad de actuar en el nombre de \_\_\_\_\_.  
 Leyes estatales y regulaciones requieren que Ud. reporte al departamento de bienestar del condado cualquier cambio en las circunstancias del solicitante/beneficiario en diez días calendarios siguiendo la fecha que el cambio ocurrió. Ud. también debe de cooperar enteramente en nombre del beneficiario en cualquier revisión que pueda ser requerida por razones de control de calidad.

Cambios deben ser reportados dentro de diez días y incluyendo pero no limitados a:

1. Un cambio en la propiedad del beneficiario, incluyendo la propiedad en común.
2. Un cambio en ingreso del beneficiario .
3. Derechos o aumentos en Beneficios de Veteranos.
4. Cambios en la cobertura, inscripción, o discontinuación del seguro de salud.
5. Cambio de arreglo de vivir, miembros del hogar, o residencia del beneficiario.
6. La muerte del solicitante/beneficiario.
7. Cambio en la tutela legal/conservador o condición representativa.
8. Cualquier otro cambio en circunstancias que pueden afectar la elegibilidad o la parte del costo.

Además, a usted se le exige (en conformidad con la sección 700.1 del Código Testamentario y la sección 14009.5 del Código de Bienestar e Instituciones) reportar la muerte del beneficiario, en un plazo de 90 días a partir de la fecha de la muerte, a:

Department of Health Services  
 Recovery Section  
 P.O. Box 2471  
 Sacramento, CA 95812-2471

Referirse a la “**INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PERSONAS SOLICITANDO MEDI-CAL**” (MC 219) para una lista más completa de sus responsabilidades.

Por este medio declaro, bajo la pena de perjurio, que la información en esta forma ha sido revisada por mí y que yo entiendo completamente mis responsabilidades como el guardián, conservador o representante de

\_\_\_\_\_  
 Nombre del Beneficiario

Firma del Guardián/Conservador or Representante	Fecha
Dirección del Guardián/Conservador or Representante	Número de Teléfono del Guardián/Conservador o Representante